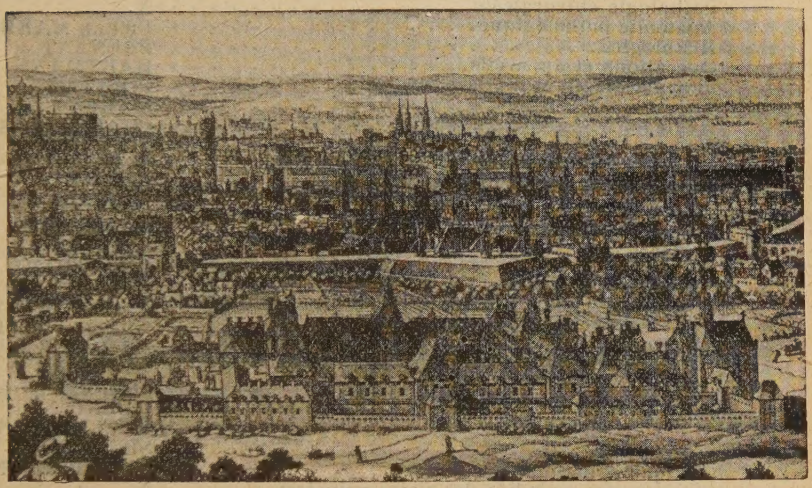
Année 1912 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis FRILLEY

Né à Cerisy-la-Forêt (Manche), le 8 Novembre 1886



Syphilis mutilante et térébrante

DU NEZ

Président : M. GAUCHER, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A tous mes maîtres de l'École de Caen, et particulièrement à M. le DOCTEUR AUVRAY, *ancien directeur de l'École ; à M. le* DOCTEUR GIDON, *directeur, et à MM. les* DOCTEURS LÉGER *et* OSMOND, *dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne.*

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MM. les DOCTEURS GIROUX *et* LÉVI-FRANCKEL, *chefs de clinique à l'hôpital Saint-Louis, qui nous ont aidé de leurs précieux conseils pour la rédaction de ce travail.*

A M. LE PROFESSEUR E. GAUCHER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Professeur de Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, après nous en avoir inspiré le sujet. Nous le prions de bien vouloir agréer, avec tous nos remerciements, l'hommage de notre profonde gratitude.

Syphilis mutilante et térébrante
DU NEZ

INTRODUCTION

La vérole aime les fosses nasales.
Professeur FOURNIER

Au cours de nos allées et venues quotidiennes dans l'hôpital Saint-Louis, nous avons été frappé du nombre de sujets atteints de lésions mutilantes du nez ; repoussés de partout, ils échouent à cet hôpital où on leur confie des fonctions subalternes ; dès lors ils n'aspirent plus qu'à disparaître. D'autre part, pendant le temps que nous avons passé dans le service de notre maître, le professeur Gaucher, nous avons vu évoluer sous nos yeux certaines lésions de cet ordre.

Or, si le plus souvent ces lésions destructives sont sous la dépendance d'un lupus nasal, parfois elles sont le résultat de la syphilis acquise ou héréditaire. Récemment encore, il nous a été donné d'observer un cas particulièrement grave de phagédénisme tertiaire et M. le professeur Gaucher nous a conseillé d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons pu trouver dans la littérature médicale des documents suffisants et dans les Annales de l'hôpital Saint-Louis des observations assez probantes pour présenter comme travail de fin d'études cette légère contribution à la *syphilis térébrante et mutilante du nez.*

*
* *

Qui dit syphilis, évoque les trois périodes classiques de la maladie acquise et son action héréditaire.

Trouvons-nous dans chacune de ces périodes des observations de syphilis mutilante et térébrante ?

En fait la syphilis acquise, dans ses manifestations primaires et secondaires, reste généralement bénigne, au contraire de la syphilis tertiaire, qui, avec ses pertes de substance considérables et ses nécroses osseuses, entraîne des déformations susceptibles d'amener elles-mêmes des troubles plus ou moins marqués dans le fonctionnement de l'organe.

A mesure que la vérole vieillit, elle tend à limiter ses effets et à concentrer son action sur un seul organe : or, le nez est un de ceux qu'elle affectionne le plus particulièrement ; souvent même elle s'y cantonne et l'envahit seul, sans qu'aucune cause appréciable, aucune tare antérieure, puisse nous expliquer cette triste préférence (Bernoud).

« La vérole aime les fosses nasales », dit Fournier. D'autre part, la syphilis ne se manifeste pas seulement chez ceux qui l'ont contractée ; elle provoque souvent des accidents chez leurs descendants immé-

diats et prolonge parfois ses effets jusqu'à la deuxième et la troisième génération. Or, dans la syphilis héréditaire précoce (rarement) et dans la syphilis héréditaire tardive (très fréquemment), on rencontre des lésions, presque toujours ulcéreuses, détruisant la cloison et les os propres du nez qui s'effondre et présente à des degrés divers de la mutilation pouvant dans certains cas être véritablement térébrante.

*
* *

Constituée, la syphilis mutilante et térébrante du nez est le résultat d'un véritable phagédénisme, et c'est ce phagédénisme qui amène le plus souvent la destruction complète ou partielle de l'organe, créant ces pauvres parias, « objets d'épouvante pour tous ceux qui les approchent et de dégoût pour ceux même qui les aimaient le plus » (Fournier).

Pronostic très grave à cause de la récidive, de l'évolution souvent fatale, des conséquences morales et sociales ; traitement, comportant une médication générale, qui n'est autre que le traitement anti-syphilitique, mais administré avec une énergie proportionnelle à l'intensité du danger qui menace (Castex), et une médication externe qui est celle de la lésion ; traitement, jamais préventif, toujours curatif (professeur Gaucher) : telles sont les conclusions générales de notre étude.

Ces conclusions seraient effrayantes, n'était le corollaire de la grande rareté actuelle de ces faits. Grâce à la vulgarisation des signes et conséquences de la syphilis (maladie sociale), à cause de la diffusion du traitement mercuriel, surtout au début de l'infection, étant donné encore la rapidité et l'énergie des traitements employés, les faits étant suffisamment connus, on observe de plus en plus rarement ces lésions épouvantables, si fréquentes du temps de Ricord et de Fournier, que des médications spéciales leur étaient réservées.

Puissent ces faits disparaître, comme ces médications sont disparues !

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Aucun auteur n'ayant particulièrement étudié la syphilis mutilante et térébrante, sauf E. Fournier dans la rédaction de l'enseignement du professeur Fournier, nous nous contentons de signaler les différents auteurs qui se sont d'une façon générale occupés de la syphilis du nez.

Sans remonter aux très anciens auteurs qui ont écrit de curieux passages sur les maladies honteuses et fait maintes allusions à la syphilis du nez (Hessler, Reiske), nous trouvons chez Fracastor, Benedictus, Bassavolus, les premières mentions précises et scientifiques de la syphilis tertiaire du nez.

Mauriac en présente la première étude approfondie ; Fournier, dans son livre sur la syphilis héréditaire tardive, a donné des déformations nasales une description restée classique.

Horand, de Lyon, inspire en 1875 la thèse de Chaboux, sur *certaines lésions de la région naso-pharyngienne que l'on doit rattacher à la syphilis.*

En Allemagne, Michelson consacre à la syphilis

du nez une monographie importante. Puis Schuster, Sœnger, Frænkel et Zuckerkand ont traité le côté anatomique de la question.

Citons encore les thèses de Dupont, Olivier, Bazénerye, Ripault, Bernoud ; la monographie de Gerber ; les travaux de Botey, Baumgarten, Castex, Dieulafoy, Grünwald, Hellmann, Mendel, Moure, Raulin, Trestel.

Citons enfin le traité, déjà signalé, de M. le professeur A. Fournier sur la syphilis tertiaire, rédigé par le Dr Ed. Fournier, et enfin les travaux de notre maître, le professeur Gaucher, épars dans ses merveilleuses cliniques syphiligraphiques de Saint-Louis.

CHAPITRE II

APERÇU GÉNÉRAL DE LA SYPHILIS DES FOSSES NASALES

Pour expliquer l'évolution générale de la syphilis térébrante et mutilante du nez, nous croyons nécessaire de rappeler en quelques mots les notions actuellement connues sur la syphilis du nez.

A.— Période primaire : chancre.— a) *Sur la peau*, il a les caractères ordinaires de l'accident primitif et siège le plus souvent sur le dos du nez ou sur les ailes ; b) *sur la muqueuse nasale*, il se fixe ordinairement sur la cloison médiane et sur le rebord des narines. S'il est antérieur, il déforme sensiblement le nez, formant une masse grise, en champignon, ou sanguinolante et cratériforme.

Jullien rapporte l'exemple d'un chancre de la cloison ayant déterminé une perte de substance et consécutivement une perforation. Parmi les autres complications possibles, on peut encore citer : les abcès de la cloison, les ethmoïdites partielles ou totales, la suppuration des voies lacrymales (professeur Gaucher).

A.— Période secondaire : syphilides.— a) *Sur la peau*, elles présentent tous les caractères des syphilides cutanées et ne se distinguent nullement des syphilides des autres parties du visage; b) *sur la muqueuse*, elles créent la rhinite syphilitique, qui chez l'adulte est un catarrhe avec croûtes abondantes, et chez le nouveau-né est un coryza empêchant souvent la succion. Rares dans ces cas sont les déformations du nez par lésions de la cloison ou par infiltration des tissus.

C. — Période tertiaire. — a) *Sur la peau.* — De petits tubercules syphilitiques s'accumulent, se fusionnent; une infiltration se fait silencieusement; pendant des mois le nez s'empâte sans trop se déformer; puis les téguments se teintent de rouge avec desquamation; les tubercules s'indurent, se cornent, se résorbent ou le plus souvent aboutissent à la fonte, à l'ulcération, donnant les syphilides tuberculo-crustacées ou tuberculeuses ulcéreuses.

Le tissu gommeux se ramollit; sous des croûtes épaisses, l'ulcération se fait, indolente presque toujours, laissant après elle des destructions pouvant être considérables, et défigurant définitivement, tant par la perte de substance que par le travail cicatriciel. Ces lésions peuvent aboutir au phagédénisme.

b) *Dans les fosses nasales.* — Ces lésions qui nous intéressent particulièrement et que nous étudierons en détail, apportent d'abord une gêne fonc-

tionnelle de la respiration nasale avec enchifrènement et ozène.

Pendant ce temps, la charpente du nez subit souvent de profondes destructions que les malades ne soupçonnent souvent pas, par suite de l'indolence et du fait que les différentes parties du squelette nasal étant immobiles, rien ne vient signaler leur destruction jusqu'à l'élimination de séquestres. Ceux-ci amenant perforations, nécroses, déformations : véritable phagédénisme.

D. — Phagédénisme tertiaire. — Sous quelque aspect que ce soit, le phagédénisme tertiaire conserve sa caractéristique propre qui consiste *en une exagération d'un processus ulcératif.* Or, cette exagération peut se produire suivant deux modes :

a) *En surface :* dans ce cas l'ulcération s'élargit, prend des dimensions insolites, considérables, monstrueuses même parfois comme étendue de territoire tégumentaire envahi ;

b) D'autre part, elle peut se produire par une invasion ulcéreuse *en profondeur ;* l'ulcération alors entame les tissus, les creuse, les excave, les détruit de leur surface à leur profondeur, elle devient alors cavitaire, caverneuse. C'est là le mode du *phagédénisme* dit *térébrant* (Fournier).

C'est ce phagédénisme térébrant qui fera le sujet de notre thèse.

E. — Syphilis héréditaire. — La syphilis hérédi-

taire, nous l'avons vu dans notre introduction, s'attaque également au nez.

a) Dans l'*hérédo-syphilis précoce*, on observe rarement du phagédénisme, par contre, fréquemment du coryza syphilitique (signe révélateur) qui provoque un simple enchifrènement, de la gêne respiratoire, de la difficulté à la succion ; ses lésions superficielles ne se propagent pas au squelette, comme le font, au contraire, les lésions de l'hérédo-syphilis tardive ;

b) *L'hérédo-syphilis tardive* atteint fréquemment les os du nez. Les lésions presque toujours ulcéreuses détruisent la cloison et les os propres du nez qui s'effondre réalisant différents types de déformation et pouvant aboutir au phagédénisme.

Nous aurons également à l'envisager dans notre thèse.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE GÉNÉRALE, ÉVOLUTION D'APPARITION DE LA SYPHILIS MUTILANTE ET TÉRÉBRANTE DU NEZ

a) *Acquise : manifestations tertiaires ;*
b) *Héréditaire : manifestations tardives.*

Nous venons de voir dans notre aperçu général sur la syphilis des fosses nasales, que la syphilis térébrante et mutilante du nez pouvait se produire comme accident de phagédénisme tertiaire ou comme accident d'hérédo-syphilis tardive.

A

Accident de phadégénisme tertiaire

Fréquence. — Étant donné l'ignorance du nombre total de syphilis bénignes ou moyennes, les auteurs n'ont pu préciser la fréquence du phagédénisme tertiaire du nez, par rapport à la syphilis en général. Mais ils ont pu facilement le faire par rapport aux autres phagédénismes syphilitiques : *le phagédé-*

nisme du nez est à son siège de prédilection (*victime favorite de Ricord*).

Par rapport aux phagédénismes non syphilitiques il prend place entre le lupus et le cancroïde, beaucoup plus fréquemment observés que les ulcères séniles ou les ulcères exotiques.

Date d'apparition. — D'après la statistique souvent reproduite de Michelson, le phagédénisme tertiaire surviendrait surtout dans les trois premières années, puis de la dixième à la quinzième.

D'après les relevés de Mauriac, la date moyenne de son apparition serait de huit ans et demi après le chancre ; elle se rencontre surtout dans les syphilis vieillies. Entre l'accident primitif et la rhinopathie, la syphilis reste silencieuse, la déformation nasale se montre rapidement, le chancre étant souvent oublié.

Cependant un malade de Mauriac avait perdu son ethmoïde le septième mois de sa syphilis et Fournier cite des phagédénismes ne se produisant que dix-neuf et même vingt-six ans après le chancre.

Dans les 8 observations que nous présentons dont 4 rapportées et 4 personnelles, nous avons observé ces dates d'apparition extrêmes. Un de nos malades (obs. I) était mutilé au bout de sept mois, et dans une observation de Bazénerye le chancre datait de quarante ans. La date d'apparition moyenne de nos 8 observations est de neuf ans, ce qui concorde avec la statistique de Mauriac.

Causes de l'apparition. — Pourquoi le phagédénisme tertiaire s'observe-t-il ? Plusieurs raisons peuvent être invoquées :

1° L'absence d'un traitement spécifique suffisant au début ou au cours des accidents. Dans nos 8 observations 6 malades n'ont pas traité le début de leur syphilis ;

2° L'irritation locale par pansements irritants ou cautérisations superficielles, ou l'absence de traitement local, la plaie étant constamment souillées par les poussières et les mucosités nasales ;

3° Les influences dépressives ayant pour résultat d'appauvrir l'organisme, de diminuer la résistance vitale, *d'infériorisser le malade par rapport à la maladie* (Fournier) : sénilité, surmenage, impaludisme, alcoolisme. Parmi nos sujets 3 séniles. 5 de vingt-sept à trente-sept ans ;

4° Pour certains auteurs, en particulier pour Jullien, ce phagédénisme serait un simple effet de septicité. Fournier répond très logiquement que certains phagédénismes ont résisté à l'antisepsie la plus rigoureuse, et l'expérience a montré que le véritable remède est toujours le traitement syphilitique, ce qui va à l'encontre de l'opinion de Jullien ;

5° En réalité, et l'imprécision résultant de la lecture de nos observations le prouve, toutes les causes que nous venons de signaler sont uniquement adjuvantes ; aucune n'explique la pathogénie réelle. Le phagédénisme tertiaire du nez peut se produire en dehors d'elles, affectant certains sujets d'une santé

excellente, d'un tempérament irréprochable, en dehors de toute diathèse, indemnes de tares héréditaires, observant une bonne hygiène et se traitant avec un soin minutieux (Fournier) (voir obs. I).

Évolution de la syphilis tertiaire du nez, jusqu'à production du phagédénisme

a) *Apparition successive des signes fonctionnels.* — Lorsque la syphilis tertiaire du nez va se produire, on observe une gêne dans les fosses nasales avec obstruction, enchifrènement (faux coryza) qui s'accompagne vite de douleurs locales pouvant s'irradier en donnant des névralgies et s'accompagnent toujours de céphalalgie.

Puis c'est l'apparition de sécrétions abondantes, bientôt transformées en croûtes fétides. Peu à peu le malade rejette en se mouchant des petits séquestres de dimension et de caractères variables. Ceci amène vite de l'anosmie et de la cacosmie ou ozène. Ambroise Paré nous parle des « nez punais », et Michelet s'est complu à décrire les malheurs de François Ier, qui, après avoir craché sa luette en 1535, présenta trois ans plus tard tous les caractères d'une rhinopathie syphilitique avec ozène : « flétri, gâté, balbutiant des phrases embrouillées, il signe sans lire l'ordre de détruire les Vaudois... Réduit à ne plus jouir que par les yeux, il lit Rabelais ou regarde les bacchanales, et le carnaval que Rosso peint sur ses murailles,

pendant que Diane de Poitiers et le Dauphin, jouent au roi, de son vivant (1) ».

b) *Apparition des signes objectifs.* — Jusqu'alors c'est à peine si objectivement on observe une tuméfaction avec empâtement qui envahit le revêtement cutané. D'autre part, la tumeur gommeuse se constate très rarement.

L'infiltration circonscrite d'un seul cornet est rare ; la forme la plus commune est l'infiltration diffuse, l'ensemble de la muqueuse nasale étant hypertrophiée. S'il y a guérison la tuméfaction diffuse disparaît lentement. Dans le cas contraire, apparaissent les ulcérations avec leur odeur spéciale, leurs séquestres résultat d'ostéites et de périostites, le tout pouvant aboutir à de la nécrose avec phagédénisme.

Modes divers de la production du phagédénisme. — 1° Il est des cas où le phagénénisme tertiaire se développe et procède avec une rapidité extrême, au point de mériter le nom de phagédénisme aigu. Fournier cite qu'un de ses malades a eu le nez largement ouvert en moins de trois semaines;

2° Inversement, il est d'autres cas où le phagédénisme procède lentement, chroniquement, on observe ceci plus souvent dans le phagédénisme de surface qui se rapproche alors singulièrement du phagédé

1. Michelet *loco citato*.

nisme scrofuleux, torpide et chronique par excellence ;

3° Entre ces deux cas extrêmes tous les intermédiaires existent ; on observe souvent des poussées par saccades. Le phagédénisme peut subir des arrêts et même tourner court ; il se réveille quelquefois terriblement.

Dans nos observations, cinq fois le phagédénisme fut rapidement térébrant, de quelques semaines à quelques mois, deux fois il mit trois ans à se produire, une fois il évolua manifestement par poussées successives.

B

Accident d'hérédo-syphilis tardive

Les lésions hérédo-syphilitiques tardives du nez sont fréquentes et peuvent aboutir aux mêmes conséquences graves que celles du tertiarisme acquis : ozène, nécrose osseuse, effondrement du nez, phagédénisme, mutilation.

Fréquence. — Par rapport aux autres lésions de l'hérédo-syphilis tardive, et d'après les statistiques d'A. Fournier ces lésions nasales viennent directement comme fréquence après les lésions oculaires, osseuses, cutanées, cérébrales et auditives.

Il est entendu que nous n'envisageons pas ici les déformations dystrophiques et banales de l'hérédo-

syphilis, mais les déformations irrégulières des ostéites hérédo-syphilitiques (professeur Gaucher).

Date d'apparition. — Il est admis d'une façon générale, que c'est de sept à quinze ans que débutent les accidents de syphilis hérédo-tardive. C'est le cas de nos 4 observations, dont les sujets ont manifesté leur affection à sept, onze, douze et quinze ans.

Causes de l'apparition. — Aucune cause adjuvante analogue à celle du phagédénisme tertiaire. Tout ce que l'on constate dans les antécédents, c'est l'existence d'une syphilis parentale.

Évolution des lésions jusqu'au phagédénisme. — *a*) Les lésions de la partie antérieure du nez, des narines, sont des syphilides croûteuses simulant l'impétigo récidivant ; mais elles aboutissent à des ulcérations persistantes qui, en s'accroissant, finissent par détruire sans douleur une partie du cartilage et des os du nez ; ainsi sont réalisées soit des perforations de la cloison, soit des encoches des narines, visibles extérieurement ;

b) Les lésions de la partie profonde du nez sont plus graves, leur début est insidieux ; il existe du coryza chronique avec écoulement purulent, parfois strié de sang ; mais c'est seulement lorsqu'il devient fétide et que l'ozène est constituée que l'on conduit l'enfant au spécialiste : celui-ci constate de l'atrophie des cornets inférieurs et peut-être aussi des cornets sus-jacents.

Phagédénisme hérédo-syphilitique tardif. — Pendant longtemps c'est la seule lésion observée, mais si les accidents progressent, l'os peut être dénudé, fragmenté et éliminé ; ainsi seront parfois détruits les cornets, le vomer, l'éthmoïde ; l'expulsion quotidienne de petits séquestres osseux peut amener des délabrements assez considérables.

D'une façon générale ce phagédénisme hérédo-syphilitique se produit rapidement. Dans nos 4 observations deux fois il fut très rapide et deux fois il procéda par poussées successives.

CHAPITRE IV

LE PHAGÉDÉNISME TÉRÉBRANT EST CONSTITUÉ : SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Nous venons d'étudier le mode de production du phagédénisme térébrant et nous avons vu que celui-ci était différent dans le tertiarisme acquis et dans l'hérédo-syphilis tardive.

Constitué, le phagédénisme térébrant est le même dans les deux cas. Nous ne donnerons donc qu'une même symptomatologie.

A

Symptomatologie

Le phagédénisme térébrant du nez se caractérise d'une façon générale comme un grand ulcère, ayant *son air de famille* (Fournier), c'est-à-dire consistant en un ulcère nettement délimité, creux, à bords adhérents fortement entaillés, à fond inégal, tourmenté, raviné, étagé, à suppuration abondante, concrescible, formant des croûtes épaisses, stratifiées, conoïdes, compactes, dures, résistantes, de couleur sombre, brun noirâtre ou vert bouteille (Fournier).

Nous avons vu qu'il pouvait se présenter comme un phagédénisme extensif, de surface ; mais nous avons fait observer que le plus souvent l'invasion ulcéreuse se faisait en profondeur. L'ulcération alors entame les tissus, les creuse, les excave, les détruit de leur surface à leur profondeur, devenant cavitaire, caverneuse.

I. — Signes objectifs. — Pour le siège, il n'y a pas de lieu de prédilection : tégument externe, muqueuse, cartilages, squelette osseux : tout peut être lésé.

Le phagédénisme anéantit successivement la peau et le tissu muqueux, le tissu cellulaire, les tissus fibreux et les aponévroses ; les muscles qu'il ulcère et dissocie en y creusant de vastes anfractuosités ; les os eux-mêmes, soit par dénudation et destruction de leur vascularisation périostique, soit par infiltration gommeuse préalable, pouvant ainsi découvrir les os du crâne et les éliminer. Les vaisseaux et les nerfs sont, avec les aponévroses, les tissus qui résistent le mieux : au fond de l'ulcère on peut voir des troncs nerveux ou des vaisseaux mis à nu, isolés, disséqués, pouvant être corrodés et donner lieu à d'épouvantables hémorragies. Le tout peut aboutir à l'anéantissement complet de l'organe du nez.

La destruction du squelette s'observe surtout sur la cloison et sur la voûte palatine. On peut d'abord observer la perforation du septum : la brèche siège sur la portion osseuse de la cloison que forme la

lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Puis s'observent les perforations de la voûte palatine, siégeant vers le centre de la voûte (moins fréquentes) ; quand la lésion se trouve à la face externe de la fosse nasale elle peut communiquer avec le sinus maxillaire.

La rhinoscopie antérieure montre fréquemment de la sécheresse de la muqueuse en certains points et son aspect normal en d'autres (différence avec l'ozène vrai où l'on trouve une atrophie générale de la muqueuse). Puis l'on observe des croûtes par endroits, des croûtes de mucus grisâtre, noirâtre même ; en enlevant ces croûtes on voit les lésions de la maladie et tout d'abord la perforation de la cloison, variable comme siège et comme dimension ; on peut observer tous les intermédiaires entre une perforation grande comme une tête d'épingle et une destruction totale de la cloison ; depuis la sous-cloison jusqu'à la partie postérieure du vomer, tous les points peuvent en être le siège. Lorsque la destruction siège plus haut, au-dessus du cartilage, dans la partie osseuse de la cloison on peut apercevoir des parties noirâtres constituées par des os nécrosés.

Certains fragments osseux sont si mobiles que l'on peut les saisir et les extraire.

Si les lésions se trouvent sur la voûte palatine, on peut se rendre compte de la nature et de l'étendue des lésions en faisant ouvrir la bouche du malade.

La rhinoscopie postérieure viendra enfin, dans certains cas, compléter ces renseignements puisqu'elle permet d'explorer tout le rhinopharynx.

Il ne faut pas oublier enfin que l'on peut observer la coexistence d'*autres lésions tertiaires dans tout l'organisme*, et même quelquefois des lésions de syphilis secondaire.

Il est entendu que, coïncidant avec ces lésions, s'observe une *cacosmie* ou *ozène*, dont les caractères sont trop connus pour que nous ayons besoin d'insister sur eux.

II.— État général.— Ces lésions s'accompagnent d'un état général variable suivant quatre groupes de cas :

1° Le phagédénisme peut rester sans influence sur l'état général. Fournier cite le cas d'une malade de trente ans, à laquelle la syphilis enleva une bonne partie du nez. Or, « c'était une superbe fille, grande, rose, grasse, au teint floride, ayant toujours joui et jouissant d'une admirable santé ». Dans nos observations de phagédénisme tertiaire, trois fois seulement nous avons observé un état général grave (obs. I, V et VI) ;

2° Le phagédénisme peut retentir sur l'organisme lentement, d'une façon continue et progressive. On peut invoquer comme cause la suppuration, le repos prolongé, l'alanguissement des fonctions digestives, la constipation, la douleur, les insomnies, l'état moral (chagrin, inquiétude, découragement, mélancolie, désespoir, idée de suicide). A la longue tolérance avec résignation silencieuse peut succéder une indifférence apathique, une véritable prostration

physique et morale avec acheminement progressif vers une cachexie le plus souvent interrompue par une maladie intercurrente ;

3° D'emblée on peut observer un trouble grave de l'état général et de l'ensemble des fonctions : asthénie générale, diminution de forces, courbature, fièvre, perte d'appétit, troubles dyspeptiques, insomnies, véritable état subtyphoïde ; c'est alors qu'on observe un habitus tout à fait caractéristique.

4° Quand il s'agit d'hérédo-syphilitique, aspect scrofuleux et lymphatique.

III. — Signes complémentaires d'hérédo-syphilis. — Quand le phagédénisme nasal se produit dans la syphilis héréditaire tardive, on observe le plus souvent d'autres accidents qui viennent confirmer le diagnostic : lésions osseuses atteignant surtout les os longs (tibias, humérus, fémurs) qui sont déformés par des hyperostoses souvent considérables (tibias en lame de sabre), et les os du crâne souvent bosselés par des exostoses. L'hérédo-syphilis peut également frapper les articulations (arthralgies, arthropathies).

On peut observer des lésions cutanées, syphilides tuberculeuses ou tuberculo-ulcéreuses, des lésions des muqueuses, et surtout de la kératite interstitielle.

D'autre part, nous ne devons pas oublier les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis : infantilisme, rachitisme fréquent, malformations craniennes

(front olympien, front en carène, crâne natiforme, asymétrie cranienne, microcéphalie, hydrocéphalie, circulation cranienne complémentaire) ; dystrophies dentaires (érosions dentaires, microdontisme, amorphisme dentaire, dent d'Hutchinson, *écartement des incisives médianes supérieures*) ; lésions oculaires (kératite interstitielle, stigmates d'hérédo-syphilis du fond de l'œil) ; troubles auriculaires (surdité) ; malformations des mâchoires (asymétrie, voûte ogivale) ; malformations diverses ; arriérisme mental.

B

Diagnostic différentiel

1° *A la période de début.* — Le diagnostic est à faire avec les diverses variétés de coryza chronique (rhinite hypertrophique, rhinite atrophique non fétide) — avec les abcès de la cloison, post-typhoïdes surtout — avec l'hématome de la cloison succédant au traumatisme et s'accompagnant d'ecchymoses, avec l'ozène ou rhinite atrophique bien caractérisée par sa triade symptomatique : atrophie diffuse de la muqueuse et du squelette, croûtes verdâtres moulant les surfaces, odeur *sui generis* moins cadavérique que celle de la rhino-syphilis, — avec les sinusités (paquets de pus rendus par le malade au réveil).

2° *A la période d'état de syphilis tertiaire.* — Il faut faire le diagnostic : avec la tuberculose nasale

primitive (champignons fongueux), secondaire (ulcère plat), — avec le lupus, précédé presque toujours par des lésions caractéristiques qui se sont montrées au nez, aux joues, aux lèvres, sont constituées par des granulations d'un rouge livide et perforent de préférence les régions cartilagineuses).

Avec les tumeurs endo-nasales (myxômes), avec certaines affections rares (morve, actinomycose, rhinosclérome, rhinolithe).

Enfin avec certaines déformations traumatiques.

3° *A la période de phagédénisme.* — A cette dernière période il faut encore faire le diagnostic :

Avec le phagédénisme chancrelleux (absence de doublure infiltrée et d'encadrement, absence de graphique circonférentiel, coexistence d'un bubon). Ce phagédénisme est le plus souvent en surface, nomade, ambulant. A l'examen bactériologique on constate du reste la présence du bacille de Ducrey, l'auto-inoculation est positive et le traitement spécifique reste sans influence.

Avec le lupus qui évolue lentement, résiste au traitement, présente une tendance cicatricielle marquée, avec repullulation dans la cicatrice. L'ulcération est plate, présente des tubercules villaniques, donnés par la vitropression ; elle a une prédilection marquée pour les régions découvertes. Biopsie. Inoculation.

Avec l'épithélioma (cancroïde) qui présente un bourrelet dur, perlé, un fond rouge, grenu, saignotant, douloureux. Biopsie. Critérium radiothérapique.

C

Diagnostic positif

1° Réaction de Wassermann, valable surtout quand elle est positive ;

2° Critérium thérapeutique : influence rapidement modificatrice et curative du traitement spécifique ; « critérium de mise en œuvre obligatoire dans tous les cas pouvant laisser le moindre doute sur la qualité d'un phagédénisme, même en l'absence de tout antécédent syphilitique » (Fournier) (voir obs. II).

CHAPITRE V

PREMIÈRE CONSÉQUENCE
PHAGÉDÉNISME MUTILANT

Ce phagédénisme térébrant a pour conséquence habituelle la destruction partielle ou complète du nez ; il peut alors prendre le nom de phagédénisme mutilant :

1° *Quand les désordres sont peu marqués* et que la guérison s'obtient (sous réserve de récidives) on observe des *mutilations variées des formes extérieures du nez.* Nous empruntons au professeur Fournier les lignes suivantes, qui sont demeurées classiques :

a) Lorsque les ailes du nez sont partiellement détruites, la cicatrisation les affaisse en réalisant la déformation du *nez pincé ;*

b) Lorsque la sous-cloison est détruite la pointe du nez se recourbe vers la lèvre supérieure en forme de bec, réalisant le nez en *bec de perroquet* ;

c) Lorsque les os propres du nez sont atteints le nez s'effondre comme un toit qui fléchit quand sa charpente cède et se dérobe sous lui. La pointe du

nez est retroussée, les narines regardent en avant, c'est le *nez en selle* ou *nez d'orang-outang ;*

d) Quand les os propres du nez sont entièrement détruits, toute la saillie du nez disparaît, il ne reste plus que le lobule, ainsi se trouve réalisé le nez en *peid de marmite ;*

e) Le cas le plus fréquemment observé est celui qui découle de la destruction du cartilage quadrangulaire; la partie inférieure du nez se retrouve portée en arrière subissant un mouvement de recul ; il y a invagination du segment inférieur dans le segment supérieur ; cette déformation est réductible en tirant sur le lobule, elle se reproduit, si on le lâche : c'est le *nez en lorgnette.*

2° *Quand les désordres sont très marqués*, on observe des mutilations plus graves, atteignant quelquefois l'*organe total.*

a) On peut observer le *nez crénelé*, ou échancré latéralement par entaillure ou destruction d'une aile ;

b) Il peut-être ouvert intérieurement, *en entonnoir* par destruction de la sous-cloison ;

c) Il peut être *ajouré*, *fenêtré* sur une des parois, c'est le *nez en lucarne ;*

d) Il peut être enfin détruit, anéanti, remplacé par un trou béant qui reproduit ce qu'est l'orifice antérieur des fosses nasales *sur une tête de mort* (obs. I).

Une infirmière de Saint-Louis, rapporte Fournier, n'avait plus sur la face que quelques oasis de peau

saine, tout le reste n'était qu'une vaste cicatrice, le nez formait une cavité béante. Fournier rapporte encore qu'il a assisté aux derniers moments d'un célèbre artiste, que tout Paris a applaudi sur une des grandes scènes. Ce malheureux, victime d'une syphilis mal soignée, était effrayant à voir ; il n'avait plus de vestige du nez, à peine lui restait-il un lambeau de lèvre supérieure ; os propres du nez, vomer, cornets, ethmoïde : tout était anéanti. Le nez, la bouche, le pharynx ne formaient plus qu'un cloaque béant.

Nous reproduisons la célèbre observation de Delpeuch, qui réalise l'ultime de l'horreur (obs. V).

Nous apportons nous-même plusieurs observations typiques. L'une d'elles, en particulier, réalise la mutilation complète (obs. I).

Nous avons insisté dans notre préambule sur l'horreur de telles multilations ; si nous rappelons qu'elles s'accompagnent d'une cacosmie épouvantable, nous comprenons la relégation volontaire des parias atteints, leur état général longuement décrit dans notre symptomatologie, leurs idées de suicide et leur sort vraiment misérable.

CHAPITRE VI

CONSÉQUENCES ULTÉRIEURES

GUÉRISON. — COMPLICATIONS. — TERMINAISONS. — PRONOSTIC DE LA SYPHILIS MUTILANTE ET TÉRÉBRANTE DU NEZ

Les mutilations dont nous venons de voir les conséquences épouvantables sont-elles du moins pour nos déshérités une guérison de pis-aller ?

La mutilation se suffit-elle à elle-même ? Est-elle un mode de guérison ?

Quelquefois ! Quand les désordres sont peu marqués et que la mutilation ne touche que les formes extérieures du nez.

Lorsque les désordres sont plus graves, ce qui est le cas le plus fréquent, outre la récidive toujours possible, nous devons tenir compte dans une large mesure, nous le verrons du moins dans deux de nos observations, des propagations et des complications souvent mortelles (obs. V et VI).

a) *Propagation et complications sinusiennes*, elles sont rares et peu connues : la muqueuse de l'antre d'Highmore est altérée et l'infection gagnant le sinus emporte fréquemment le malade.

b) *Complications auriculaires*, étudiées par Wyss, avec perte de l'ouïe, bourdonnements d'oreilles, otalgie, quelquefois signes d'obstruction tubaire, parfois tympanite (obs. V) ;

c) *Complications oculaires*, limitées aux voies lacrymales : dacryocystite ou plus rarement ophtalmie de propagation (obs. V) ;

d) *Propagation et complications cérébrales* très bien connues à la suite de travaux récents, n'existant que dans les ostéites syphilitiques du plafond des fosses nasales affectant la portion supérieure de l'ethmoïde et la face antérieure du sphénoïde (obs. V).

Peuvent se produire ainsi des méningites, des thromboses, des fusées purulentes, des altérations de nerfs craniens, des encéphalites vulgaires, des hémorragies, des abcès, des érysipèles.

e) Enfin nous devons signaler les *complications de la mutilation :* dysphagie, inanition, asphyxie, prédisposition aux affections pulmonaires,etc. (obs. VI).

Le pronostic ressort facilement de tout ce que nous venons d'exposer. Grave par les lésions locales (délabrement, cicatrices), il est grave par la disposition particulière dont le phagédénisme dérive, traduisant la malignité, inhérente au sujet.

Les récidives sont fréquentes, même avec un traitement ; d'après notre maître, le professeur Gaucher,le traitement lui-même n'est pas préventif, tout au plus limitatif, rarement curatif.

On a observé des recrudescences inattendues après dix ans de lésions acquises.

On a prétendu que le choléra et l'érysipèle présentaient chez ces sujets des effets suspensifs et quelquefois curatifs.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Nous avons maintes fois répété, pour l'avoir entendu professer par notre maître, le professeur Gaucher, et pour l'avoir remarqué dans nos observations, qu'il n'existait point à vrai dire de traitement préventif.

1° La *médication générale* comportera le traitement anti-syphilitique administré avec une énergie proportionnelle à l'intensité du danger qui menace (Castex). L'iodure de potassium reste toujours le grand remède, à condition de l'ordonner en doses assez fortes : 1 gramme à 1 gr. 50 comme le fait notre maître, le professeur Gaucher, 4 à 5 grammes comme le préconisent certains auteurs.

Le mercure est indispensable en face d'une mutilation immédiate, à bref délai.

Nous ne connaissons pas, faute d'observations, les résultats que pourrait donner le médicament *héroïque* et *à la mode*, qu'est le salvarsan. Étant donné ses accidents immédiats et l'incertitude de son action lointaine, nous doutons qu'on puisse en retirer avantage pour le traitement de nos mutilés. En tout cas,

comme le dit Fournier, « faire feu de toutes pièces est de rigueur dans de pareilles situations ! »

2° *La médication externe* est variable suivant la lésion ; la méthode destructive préconisée par Ricord (pâte sulfocarbonée de Ricord) est abandonnée aujourd'hui et son application serait néfaste sur le nez.

Le pansement par occlusion au taffetas de Vigo, l'iodoforme et la pommade iodoformée au 1/15 avec balnéations fréquentes et prolongées, paraissent être les procédés de choix ;

3° Il sera,en outre,fréquemment nécessaire d'aller à la recherche de séquestres entretenant une suppuration rebelle que seule, leur extirpation fera tarir ;

4° Hygiène, repos, milieu favorable, grand air, stations hydrothérapiques (Uriage) résument toute la diététique ;

5° Signalons pour être complet la possibilité de restaurer partiellement les mutilations par la rhinoplastie et la prothèse métallique.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

GROUPE I

Phagédénisme tertiaire

OBSERVATION I (Personnelle)

(Service de M. le professeur Gaucher.)

Destruction de tout le squelette nasal — Ozène

M. A. M..., vingt-sept ans. Aucuns antécédents héréditaires. Il n'a jamais été malade.

En octobre 1910, il contracte la syphilis : chancre induré sur la partie supérieure du gland. Pas d'engorgement ganglionnaire. Une vingtaine de jours plus tard, alors que le chancre est presque disparu, roséole typique, mais peu apparente aux dires du malade. Il n'y a pas de céphalalgie.

Le malade est soigné à l'hôpital Rothschild, il reçoit environ 60 piqûres de bi-iodure de mercure.

Le chancre et la roséole ont disparu, et le malade, auquel il ne reste aucun accident syphilitique, part à la campagne où il continue pendant quelque temps à se soigner avec des

frictions mercurielles au pli de l'aine et du coude, jusqu'à deux fois par jour.

A la fin d'avril 1911, apparaissent chez le malade, qui avait déjà constaté une diminution sensible de son odorat, les premières lésions nasales.

C'est d'abord une petite rougeur de la peau sur l'aile gauche du nez, immédiatement au voisinage de l'os propre du nez de ce côté, presque dans le sillon naso-génien.

Ce point est le siège d'un prurit intense qui porte le malade à le toucher souvent. Peu après, déclare le malade, apparaît en ce point « comme un petit furoncle » très rouge, qui bientôt blanchit, s'ulcère et suppure. Une croûtelle se forme sur ce point que le malade détache à plusieurs reprises. Depuis lors l'ulcération progresse rapidement en étendue et en profondeur.

Le malade obturait l'orifice avec de l'ouate, qu'il renouvelait plusieurs fois par jour, et à chaque fois exsudait de son ulcération un liquide sanieux, très fétide, dont le malade percevait lui-même l'odeur repoussante (anosmie unilatérale).

En même temps l'état général est profondément atteint, le malade perd de l'appétit et maigrit considérablement.

Il entre à l'hôpital Saint-Louis le 3 octobre 1911.

A son entrée, on constate, chez notre sujet un mauvais état général ; le facies est pâle et amaigri ; le sujet se plaint d'une perte notable de ses forces.

Une grande partie du nez est détruit, il ne reste extérieurement que le lobule droit. La partie voisine de la joue gauche est également détruite.

Quand on examine le malade de face, on voit le squelette

interne de ses fosses nasales recouvert d'une couche verdâtre de pus. On perçoit en arrière le rhino-pharynx, ainsi que la face supérieure du voile du palais. L'os propre du nez gauche est nécrosé.

L'ozène est très marqué.

Le malade est mis aux piqûres de benzoate de mercure (2 centigr.).

4 octobre. — Après examen des urines, on constate une quantité notable d'albumine (1 gr. par litre). On supprime alors les piqûres et on donne 1 gramme d'iodure de potassium.

6 octobre. — On continue la même dose d'iodure, et on fait une piqûre de 1 centigramme seulement de benzoate.

9 octobre. — Le malade supportant bien les piqûres, on lui fait 1 cgr. 1/2 de benzoate.

La surface interne du nez se déterge progressivement, la couleur verdâtre tend à disparaître. Le vomer et la masse latérale gauche de l'ethmoïde en voie de nécrose sont visibles de face. Contre l'ozène, toujours très prononcé, on institue des pansements à l'iodoforme.

Rapport azoturique	80
Albumine	0 gr. 52 par litre
Glucose	0

11 octobre. — Le malade est anesthésié au chloroforme et le Dr Mouchet enlève à la pince toutes les parties osseuses nécrosées (le bord antérieur du maxillaire supérieur et une partie de la masse latérale gauche de l'ethmoïde, ainsi que le reste de l'os propre du nez gauche). Il s'écoule après cette extirpation une plus grande quantité de liquide purulent d'une odeur infecte. Pansement à la gaze iodoformée.

14 octobre. — L'ozène a presque totalement disparu. Amélioration notable. Les parties cruentées sont touchées à la teinture d'iode. On continue les pansements iodoformés, et on porte à 2 centigrammes la dose quotidienne de benzoate à injecter.

25 octobre. — On cesse momentanément les piqûres et l'on donne 1 gramme d'iodure de potassium.

31 octobre. — Reprise des piqûres de benzoate après ce repos de six jours. Les lésions s'amendent rapidement, et la suppuration a presque disparu.

13 novembre. — Le malade a fini une nouvelle série de 10 piqûres. Il s'arrête quatre jours pour recommencer une nouvelle série. L'albuminurie persiste.

20 novembre. — L'examen des urines décèle 50 centigrammes d'albumine par litre et 1 gr. 08 par vingt-quatre heures. Le rapport azoturique est de 80.

4 décembre. — Le malade continue à prendre 1 gramme d'iodure. Il a déjà reçu 40 piqûres de benzoate.

Il persiste sur la paroi latérale gauche de la fosse nasale gauche quelques croûtelles d'odeur légèrement fétide. L'état général est bon : les forces reviennent avec l'appétit.

10 décembre. — Le malade arrache lui-même un séquestre osseux (maxillaire supérieur) du volume d'une coque de noix avec deux débris osseux plus petits. Albumine : 25 centigrammes par litre.

25 décembre. — L'appétit est totalement revenu. Le malade reprend son embonpoint normal. La plaie nasale est toute parsemée de bourgeons charnus rosés, réguliers, de très bon aspect; les croûtelles latérales tombent d'elles-mêmes.

10 février 1912. — Le malade a reçu à cette date environ 80 piqûres ; l'amélioration a continué d'une façon sensible dans l'état général et local, il n'y a plus de trace de suppuration. Toute la plaie est uniformément rosée. Il n'existe plus la moindre odeur.

Le malade déclare avoir conservé son odorat.

Mars 1912. — La lésion a continué à ne pas s'accroître.

Le malade présente au lieu et place du nez, une vaste cavité : une partie du massif osseux du maxillaire supérieur gauche et l'apophyse montante sont détruits, de même les cornets, les os propres du nez et le vomer, ainsi qu'une partie de la masse latérale gauche de l'ethmoïde. Cette cavité est tapissée d'une muqueuse partout rosée et bourgeonnante. Sur sa limite antérieure font saillie les extrémités profondes des racines des incisives.

L'état général est excellent et le malade, pris comme infirmier à l'hôpital, vaque sans arrêt à ses occupations.

OBSERVATION II (Personnelle)

(Service de M. le professeur Gaucher.)

Syphilis ignorée. — Ulcérations et déformations nasales. Infiltration diffuse avec obstruction

Mme A. C..., âgée de soixante trois ans, ménagère, entre dans le service de M. le professeur Gaucher, le 2 juillet 1910.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique ; pas d'antécédents syphylitiques connus.

Antécédents personnels. — Aucune trace de syphilis

acquise. La malade ignore si elle a jamais eu quelque accident.

La réaction de Wassermann pratiquée une seule fois a été négative.

L'affection débute il y a trente ans par une petite ulcération végétante de l'aile gauche du nez, prurit intense qui porte le malade à porter fréquemment ses mains au point malade. Développement rapide de l'ulcération depuis la ménopause.

Depuis quinze ans, consulte à Saint-Louis, M. Hallopeau qui prescrit l'emplâtre rouge et les lotions au permanganate. On fait alors le diagostic de cancroïde et de lupus.

Il y a quatre ans, ulcération de l'angle externe de l'œil ; cette ulcération nécessite une autoplastie pratiquée à l'Hôtel-Dieu. Il y a trois ans, le malade fut soigné par les rayons ; le traitement fut supprimé puis repris, il fit augmenter rapidement l'ulcération nasale.

On constate sur la racine du nez une ulcération des dimensions d'une pièce de 1 franc, à fond jaunâtre, à bords légèrement surélevés, surtout à sa partie supérieure.

Ulcérations identiques sur les ailes du nez à droite et à gauche. Les narines sont maintenant déformées, anfractueuses, laissant s'écouler une sérosité purulente. Légère cacosmie. Effondrement du nez.

Des ulcérations de même nature, mais beaucoup plus petites, occupent le sillon naso-labial du côté droit. Radiodermite intense au pourtour des lésions.

Vaste cicatrice blanchâtre au-dessous de l'œil droit et sur la tempe droite avec plissement de l'angle interne de l'œil et adhérence des deux paupières à l'angle interne de l'œil. Cica-

trice blanchâtre de la poitrine à gauche ; trace d'ulcération qui a guéri sans traitement.

Urines normales.

La malade est mise au traitement spécifique par les piqûres de benzoate de mercure.

18 juillet. — La malade a eu 15 piqûres. Amélioration.

31 juillet. — Piqûres tous les deux jours. L'amélioration persiste ; l'ulcération qui siégeait sur la racine du nez est cicatrisée, les ulcérations des ailes du nez commencent à se combler.

2 août. — Traces d'albumine dans les urines, qui disparaissent bientôt après.

10 août. — La malade vient de recevoir à nouveau 7 piqûres, mais celles-ci sont très douloureuses et difficilement supportées. On institue alors les frictions mercurielles.

31 août — La malade a eu 8 frictions. L'amélioration persiste, on les cesse à cause du mauvais état de la bouche.

11 septembre. — Partie en voie de guérison, quoique avec vive céphalée.

9 janvier 1911. — Laissées sans traitement depuis trois mois les lésions nasales ont repris leur activité.

De janvier à avril on refait des séries de piqûres de 1 centigramme de benzoate, en même temps qu'on fait ingérer à la malade une dose quotidienne de 1 gramme d'iodure de potassium. Nouvel arrêt, avec début de régression dans les lésions nasales.

Presque guérie, la malade cesse tout traitement à partir du mois d'avril.

En janvier 1912, est soignée à Lariboisière pour phlegmon de la cuisse.

Après sa sortie la malade revient à l'hôpital Saint-Louis ; elle se plaint d'obstruction des fosses nasales et de douleurs sourdes au niveau de la partie médiane de la mâchoire supérieure.

A l'examen, on constate une infiltration diffuse de toute la partie antérieure des fosses nasales, qui augmente la déformation préexistante. L'orifice antérieur de la narine droite est presque totalement obstrué ; il ne reste qu'un petit pertuis circulaire au voisinage de la cloison. De plus, il existe une tumeur épithéliomateuse de la gencive supérieure, mollasse, un peu saignante à la hauteur des incisives.

On reprend le traitement par les piqûres ; une première série améliore rapidement les lésions nasales, mais la malade néglige son traitement et se fait soigner d'une façon très irrégulière.

OBSERVATION III (Inédite)

(Service du professeur Gaucher.)

Ozène. — Destruction des cornets gauches et de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal

M. A. M..., trente-sept ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis pour ozène et carie osseuse du nez datant de trois mois. Il s'est même produit les jours précédents l'expulsion par la narine gauche d'un séquestre osseux.

Pas d'antécédents héréditaires.

Le malade a eu, il y a cinq ans, un chancre syphilitique du

prépuce, roséole typique, syphilides psoriasiformes sur les cuisses quinze jours après l'apparition de la roséole.

Un an plus tard laryngite spécifique. Deux ans plus tard, orchite syphilitique avec hydrocèle ponctionnée deux fois.

Il y a trois mois environ, a commencé à moucher continuellement et à éliminer de petits fragments d'os. Anosmie. Ozène intense. Pas de douleurs. Le malade mouchait chaque jour un pus jaunâtre d'odeur très fétide. Bon état général.

A l'examen rhinoscopique on constate une perforation de la partie antérieure de la cloison cicatrisée; destruction complète des cornets à gauche et même de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal. A droite les cornets sont moins atrophiés et il existe une dégénérescence myxomateuse d'une partie de la muqueuse du cornet moyen.

Le malade refusant les piqûres, on lui prescrit des pilules de sublimé.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Service de M. le professeur Gaucher.)

Gomme du nez. — Perforation de la cloison
Ulcérations nasales. — Ozène

M. E. J..., âgé de trente-cinq ans vient consulter à la policlinique pour une tuméfaction de l'aile gauche du nez.

On ne relève chez ce malade aucun antécédent de syphilis. Syphilis ignorée.

Il présente depuis un an environ une infiltration diffuse de l'aile gauche du nez; en un point siège une ulcération qui a tous les caractères d'une gomme.

Le malade se plaint de moucher fréquemment. Anosmie. Ozène intense.

A l'examen rhinoscopique, on constate une perforation de la cloison cartilagineuse du nez ; la muqueuse des cornets moyens et inférieurs gauches présente des ulcérations ; à droite, quelques ulcérations sur le cornet inférieur. Perforation de la voûte palatine. En arrière, il existe un point de coloration rouge cuivrée, comme s'il tendait à s'y produire une nouvelle lésion.

On institue le traitement aux piqûres de benzoate de mercure (0 gr. 02) et on fait ingérer 1 gramme d'iodure de potassium.

Vingt jours après, le malade ayant terminé une première série de vingt piqûres, la gomme du nez est à peu près guérie.

Après quelques jours de repos, le malade recommence une seconde série de piqûres, qui amènent la guérison des ulcérations nasales. L'écoulement et l'ozène ont disparu. Il ne persiste plus de croûtes qu'au niveau de la perforation nasale. La lésion en évolution du palais osseux a rétrogradé.

OBSERVATION V

(D'après Delpech.)

Destruction totale du nez et du voile du palais. — Ouverture du sinus maxillaire. — Nécroses étendues au sphénoïde, au frontal et à l'occipital. — Complications auriculaires, oculaires et cérébrales. — Mort.

En 1816, nous fûmes consultés par un voilier, habitant de Cette, âgé de cinquante ans. Dix ans auparavant, gonorrhée

et chancre sur le gland, combattus par quelques grains de sublimé en dissolution. Des pustules donnèrent lieu de recourir fréquemment à l'usage de quelques pilules mercurielles. Douleurs de tête accompagnées d'engorgement du péricrane qui suppura dans plusieurs points.

Des ulcérations se formèrent dans la membrane muqueuse des fosses nasales : les cornets, la cloison tombèrent nécrosés et la saillie extérieure du nez, déformée par la chute des os cariés, fut détruite presque en entier par les ulcères.

Le voile du palais fut détruit; la voûte palatine fut perforée en plusieurs points; le rebord alvéolaire du côté droit, avec toutes les dents correspondantes, s'ébranla et ouvrit le sinus maxillaire, cavité déjà ouverte par une fistule répondant à la fosse canine. Une nécrose semblable avait frappé l'apophyse nasale de l'os maxillaire gauche et s'étendait supérieurement à l'os unguis, à l'ethmoïde et à une grande partie de la région moyenne du coronal.

En portant un stylet dans la caverne qui tenait lieu de fosses nasales réunies, vers la partie supérieure, on sentait partout des os dénudés.

Il s'écoulait de toutes ces parties une abondance de matières ichoreuses et d'une puanteur horrible. Le malade est traité par les frictions mercurielles. Oxyde d'or avec sirop de salsepareille et quina par la voie buccale. Oxyde de fer en frictions sur la langue.

Un mois plus tard les forces se relevaient. Plusieurs pièces osseuses se détachèrent du palais et des fosses nasales, une douleur assez vive, successivement dans l'une et l'autre oreille, fut bientôt suivie d'un écoulement purulent qui devint copieux. En même temps, la surdité jusque-là

médiocre, devint très forte du côté gauche et complète du côté droit. « Régime tonique. Nouvelles frictions de mercuriate d'or. »

Nous eûmes la satisfaction de voir tomber tous les séquestres osseux de la bouche, du nez et du front, à l'exception de deux ; les ulcérations de la bouche et du voile du palais, celles du bord alvéolaire, du grand angle de l'œil gauche et du front se cicatrisèrent solidement.

Toutes ces ulcérations du nez paraissent guéries, à l'exception de celles qui répondaient à la partie supérieure ; des chairs fongueuses et mollasses recouvraient imparfaitement des séquestres fort étendus qui comprenaient tout l'os ethmoïde, le corps sphénoïde et l'angle basilaire de l'occipital.

La grande ouverture du sinus maxillaire se resserra. Elle fut réduite à une fistule de deux ou trois lignes de diamètre. Cependant, la région malaire du même côté présentait une autre fistule bien plus ample, à travers laquelle on voyait un grand séquestre appartenant à l'os malaire et à la région canine de l'os maxillaire.

Cette pièce nécrosée entretenait une abondante suppuration, qui s'écoulait dans la bouche, dans le nez et au dehors sur la joue. Puis survinrent des douleurs de tête et des vertiges. En même temps, la suppuration qui provenait de la base du crâne augmenta beaucoup.

La vue s'obscurcit et se perdit entièrement. Alors la surdité depuis plus d'un an, était devenue beaucoup moindre; et l'ouïe était le seul moyen par lequel on pût communiquer avec le malade.

Bientôt les bras s'engourdirent et furent successivement

paralysés. Des phénomènes semblables se manifestèrent aux membres inférieurs. Par intervalles des convulsions légères dans les bras et quelques mouvements durèrent une vingtaine de jours, après quoi le malade fut réduit à un état automatique, sans intelligence, privé de tous les sens. Lait et bouillon pour toute nourriture.

Le malade vécut ainsi pendant cinq mois, durant lesquels on s'aperçût de la chute de plusieurs pièces osseuses, à l'embarras de la respiration qu'elles occasionnaient en tombant dans le pharynx.

Nous reconnûmes, dans ces pièces osseuses, des fragments de l'os ethmoïde et du corps sphénoïde.

Enfin une pièce énorme se détacha et fit craindre la suffocation ; nous reconnûmes l'angle tout entier de l'occipital. Dès ce moment, les mouvements des membres, les fonctions des sens, l'intelligence se rétablirent peu à peu ; au bout de trois mois, il ne restait qu'un léger engourdissement dans les muscles de l'avant-bras et du bras droit, et un assez grand embarras de la prononciation de certains mots. Le séquestre de la région malaire était entièrement libre et son volume seul le retenait. Il survint de nouveaux vertiges et une attaque d'apoplexie, qui produisit une hémiplégie. Une seconde attaque fut mortelle.

OBSERVATION VI

(D'après le Dr Baratoux.)

Nécrose des os du nez. — Expulsion de la partie centrale de de l'os sphénoïde. — Complications pulmonaires. — Mort.

M. Laurent Ch..., âgé de trente-six ans, se présente à notre dispensaire le 26 avril 1883.

Le malade nous raconte avoir eu, vers 1868, un chancre induré, suivi de plaques muqueuses, d'érythème, de papules, etc., de nature syphilitique.

Vers 1872, il est pris de douleurs siégeant dans les fosses nasales. A partir de cette époque, il ne cesse de moucher des mucosités purulentes répandant une odeur de punaisie très marquée. Parfois ces sécrétions abondantes renfermaient de petits fragments osseux.

Dans le courant de l'année 1874, il vient consulter pour une céphalée opiniâtre qui l'empêche de dormir. On lui prescrit l'iodure de potassium à la dose de 4 à 5 grammes par jour. Lorsque le malade prenait ce médicament, la sécrétion nasale augmentait, mais la céphalée diminuait considérablement.

Au commencement de 1875, il apporte un fragment d'os assez considérable qu'il avait rendu en se mouchant ; c'était un des cornets.

Depuis ce moment, il remarqua de temps en temps dans les mucosités nasales des parties osseuses, assez volumineuses, pour lui permettre d'en reconnaître la nature.

Depuis cette époque on n'avait plus revu le malade, lorsqu'il y a huit jours celui-ci vint consulter pour un point de côté, qu'il ressentait dans le côté gauche. On reconnut une pneumonie pour laquelle on lui conseilla de garder la chambre ; mais Ch... n'en continua pas moins ses occupations habituelles.

Quelques jours après il venait demander qu'on le débarrassât de la mauvaise odeur que répandait son nez.

Ch... paraît très affaibli, sa respiration est courte, haletante, son oppression remonte à quelques mois déjà.

Actuellement, le malade ne présente aucun accident syphi-

litique du côté de la peau ou des muqueuses, si ce n'est du côté du nez.

Sa forme extérieure est peu modifiée ; il est cependant légèrement aplati au niveau de l'extrémité antérieure des os propres, mais cette déformation est peu prononcée, si on la compare aux lésions intérieures de cet organe.

En effet, à l'examen rhinoscopique, on constate la destruction complète des cornets inférieurs et moyens ; les fosses nasales forment une seule cavité assez vaste dont les parois sont recouvertes de mucosités noirâtres. Vers leur milieu, on aperçoit une masse solide assez mobile dont il est difficile de reconnaître la nature, car elle est entourée de mucosités épaisses.

La luette n'existe plus ; sur la ligne médiane de la voûte palatine, à l'union de ses portions osseuse et membraneuse, est une perforation triangulaire qui laisserait passer l'extrémité du petit doigt.

Le pharynx nasal est aussi tapissé de mucosités qui empêchent de distinguer ses diverses parties. Inutile de dire que le malade ne respire plus par le nez et que l'olfaction a disparu depuis longtemps.

On conseille au malade de faire usage d'injections nasales au sulfate de soude afin de nettoyer ces cavités.

Dès la première injection, le malade sent qu'une masse se déplace dans ses fosses nasales et bientôt il rend par la bouche un fragment d'os que l'injection a chassé. Cet os n'est autre que la partie centrale du sphénoïde.

A part ces nécroses osseuses, les autres organes voisins paraissent sains, si l'on en juge par les troubles apparents. Il est vrai que le malade est privé de l'olfaction, mais

l'absence de ce sens est facilement expliquable par l'état de la muqueuse olfactive.

Quelques jours après, Ch... succombe à sa pneumonie, lentement asphyxié, sans avoir présenté de phénomènes cérébraux ; quelques minutes avant sa mort il causait avec les membres de sa famille.

Depuis le jour où le sphénoïde nécrosé était sorti des fosses nasales, l'écoulement purulent s'était tari ; cependant du pus concret sortait de temps en temps par la bouche, venant de la partie supérieure du voile du palais.

Nous ne saurions déterminer l'époque à laquelle remontait la nécrose du sphénoïde.

Ce qui frappe dans cette observation, c'est l'absence de symptômes cérébraux. Malgré le voisinage de vaisseaux sanguins importantes, le malade n'a pas eu d'hémorragie.

L'autopsie de Ch... n'a pu être faite.

OBSERVATION VII

(D'après Bazénerye.)

Gomme syphilitique de la cloison. — Ozène. — Obstruction et déformations nasales

H..., soixante-sept ans ans, rentier, se présente à la clinique du Dr Castex le 12 janvier 1893.

Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement le malade assure n'avoir jamais eu de grande maladie. Cependant vers l'âge de vingt-cinq ans, il a perdu ses cheveux et a éprouvé de violentes céphalalgies avec de fréquents maux de gorge. Il assure ne s'être jamais aperçu qu'il eût eu un chancre.

La maladie actuelle débute en avril 1892. Il survient un écoulement abondant du nez, surtout par la narine gauche, cet écoulement est séreux et nullement purulent et n'est accompagné d'aucune odeur.

Les douleurs dans les fosses nasales sont assez vives. Pas d'obstruction de leur cavité. Cependant l'écoulement augmente, et à la suite d'un refroidissement il se produit une poussée aiguë et une obstruction presque totale de la narine gauche.

Vers décembre, il commence à se produire une déformation nasale apparente à l'extérieur.

A l'examen du malade en janvier 1893, on constate une augmentation considérable du volume du nez qui semble envahi par une tumeur maligne. Cette hypertrophie porte sur toute la partie inférieure entourant les narines. Elle atteint le volume d'un œuf de poule; les téguments externes sont rouge violacé par places et rouge sombre en d'autres endroits. Les orifices des fosses nasales sont presque entièrement obstrués par un véritable bourgeon charnu recouvert de muqueuse non ulcérée. Il est impossible d'introduire le spéculum nasi.

La palpation permet de percevoir une dureté considérable, en aucun point on ne sent de fluctuation.

Cette hypertrophie nasale, empêche le malade non seulement de respirer par le nez mais encore de se moucher.

Le mucus nasal s'écoule constamment sur la lèvre supérieure qu'elle irrite et qui apparaît rouge et congestionnée. La douleur est nulle, l'état général bon.

Traitement ioduré.

Jusqu'à la fin de février la tumeur augmente et les douleurs reparaissent, empêchant le malade de dormir.

On augmente la dose quotidienne d'iodure qui est portée à 6 grammes sur les conseils du professeur Fournier.

Peu après il se produit une zone de ramollissement à la partie supérieure de la tumeur, vers la partie moyenne du nez. Cette partie ramollie ne tarde pas à s'ouvrir en dehors en donnant issue à une assez grande quantité de pus. Le malade ne peut pas dire si au milieu de ce pus se trouvaient des parties plus dures et plus résistantes.

23 mars. — M. le Dr Castex, agrandissant l'ouverture de l'abcès, fait un vrai curetage suivi de lavages antiseptiques répétés.

Après cette opération le malade éprouve un soulagement considérable, il n'a plus de douleurs et peut dormir plus facilement la nuit.

En juillet l'abcès est complètement guéri.

Le 25 du même mois, au moment d'un éternuement, le malade rejette par le nez une parcelle de tumeur du volume d'un œuf de pigeon.

Alors la respiration par les fosses nasales se rétablit. L'amélioration et le soulagement très marqués à partir de ce moment, vont en augmentant.

25 octobre. — La guérison est à peu près complète. La respiration se fait normalement par les voies nasales ; seules les sécrétions sont un peu augmentées. Elles n'ont d'ailleurs aucune odeur désagréable.

A l'examen on trouve une déformation caractéristique du nez, la partie moyenne étant comme enfoncée profondément,

tandis que la partie inférieure et la partie supérieure sont normales (nez en lorgnette).

Par la rhinoscopie antérieure, on trouve une perforation sur la partie moyenne de la cloison à y passer un petit pois.

OBSERVATION VIII

(D'après Olivier.)

Rhinite ulcéreuse spécifique. — Destruction du squelette nasal

Marie S..., domestique, veuve depuis quatorze ans; elle a été mariée six ans. Son mari, qui n'aurait jamais été malade tant qu'elle l'a connu, serait mort de fièvre typhoïde. Une fille bien portante.

A eu elle-même la fièvre typhoïde à neuf ans. Pas d'autres antécédents morbides.

Elle est malade depuis trois ans, époque à laquelle elle a été prise d'un rhume de cerveau.

Peu à peu le liquide nasal devint purulent, il renfermait de petits morceaux d'os qui s'écrasaient facilement sous le doigt, et qui étaient expulsés de temps en temps. Aucune sensation douloureuse.

Pendant deux ans et demi, elle suivit d'une façon tout à fait irrégulière le traitement ordonné par un médecin : irrigations phéniquées, huile de foie de morue, sirop de Gibert.

Vient à la clinique pour la première fois, le 23 avril 1888. On constate à l'extérieur que le nez présente une brisure transversale très profonde, siégeant vers le milieu du dos ; la

partie antérieure de l'organe est relevée et l'ouverture regarde directement en avant.

Cette difformité serait survenue tout d'un coup, il y a deux ans environ.

La malade répand une odeur insupportable même à distance; les fosses nasales sont encombrées de croûtes. On enlève successivement des narines, avec une pince, deux séquestres osseux assez gros. Un troisième plus volumineux encore, a dû être extrait par la bouche, ses dimensions ne permettant pas de le faire passer par le nez.

La malade prend du sirop de Gibert et se fait des irrigations aux eaux de Salies et à l'eau phéniquée.

15 mai. — Il n'existe plus d'ozène. A l'aide du spéculum on constate la disparition des cornets inférieurs et moyens des deux côtés, de la cloison cartilagineuse, du vomer et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Les deux fosses nasales forment une vaste cavité où on ne trouve plus trace d'ulcération et où il ne se fait aucun suintement purulent.

GROUPE II

Hérédo-syphilis tardive

OBSERVATION IX (Inédite)

(Service de M. le Dr Gaucher.)

Hérédo-syphilis. — Ostéite des os du nez
Destruction de la cloison. — Ozène.

M. L. P..., dix-huit ans, entre à l'hôpital en août 1909.

Pas de renseignements sur les parents du malade.

Notre sujet a présenté à onze ans des troubles oculaires avec amaurose totale. Il existe en outre des stigmates très nets d'hérédo-syphilis: distrophies dentaires, écartement des incisives médianes supérieures ; voûte palatine rétrécie dans son diamètre transversal et fortement ogivale.

Wassermann positif.

Le Dr Antonelli trouve les stigmates oculaires au grand complet: restes de kératite parenchymateuse aux deux yeux, plaque de cataracte épicapsulaire à gauche, restes de synéchies à droite. Aux deux yeux, papilles pâles (subatrophiques), avec bord flou, vaisseaux minces, irréguliers. Au fond de l'œil droit, plus facile à ophtalmoscoper, grand nombre de foyers pigmentaires de choroïdite, disséminées surtout en haut vers la périphérie.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente une destruc-

tion de la cloison des fosses nasales et des os propres du nez avec affaissement total du cartilage ; nez de perroquet. Il existe, en outre, une petite ulcération sur le bord libre de la narine droite. Ostéite datant de cinq à six ans et ayant surtout progressé depuis trois mois.

Élimination lente de séquestres osseux avec ozène et suppuration abondante.

On institue le traitement par les piqûres de benzoate de mercure et on fait ingérer au malade 1 gramme d'iodure de potassium.

8 septembre. — Stomatite. On doit cesser les piqûres.

10 septembre. — Conjonctivite traitée par l'oxyde jaune de mercure.

6 octobre. — On commence une série de frictions mercurielles quotidiennes en veillant à la propreté de la bouche.

31 octobre. — Après vingt-cinq jours de frictions, très légère amélioration. L'écoulement nasal a diminué, l'ozène persiste.

Le malade sort sur sa demande.

13 novembre. — Il rentre à l'hôpital pour reprendre le traitement. État stationnaire des lésions. On reprend les piqûres de benzoate (KI : 2 gr.).

27 novembre. — Sort de nouveau sur sa demande, non guéri.

28 février 1910. — Le malade revient à l'hôpital, les lésions nasales ont progressé depuis le dernier séjour. Écoulement purulent et fétide. Nombreuses ulcérations dans l'intérieur des fosses nasales, recouvertes d'une croûte très épaisse.

Urines normales.

On reprend les piqûres de benzoate et l'iodure de potassium.

18 mars. — Pas d'amélioration. Occlusion pour ainsi dire complète des fosses nasales. De plus sur la racine du nez est apparue une syphilide ostracée, recouvrant presque la totalité de l'organe.

20 mars. — On cesse l'iodure à cause des yeux. On remplace les piqûres de benzoate par des injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Il se fait alors sentir une amélioration sensible qui n'a pas le temps de persister, le malade étant peu de jours après, pris brusquement d'appendicite et passé en chirurgie.

Après sa guérison le malade refuse tout traitement.

OBSERVATION X (Inédite)

(Service de M. le professeur Gaucher.)

Hérédo-syphilis. — Nez en lorgnette. — Ozène.

Marcelle B..., huit ans entre à l'hôpital pour lésions nasales.

Père syphilitique.

Aucun antécédent pathologique personnel.

La cloison nasale a disparu ; le nez est affaissé présentant la déformation en lorgnette. La petite malade mouche fréquemment un pus fétide.

Comme autres manifestations d'hérédo-syphilis on peut noter l'aspect ogival de la voûte palatine et les malformations dentaires bien accentuées réalisant le type d'Hutchinson. Sur le front il existe des lésions ulcéro-croûteuses for-

mant un placard irrégulier de la dimension d'une pièce de deux francs.

Urines normales.

On institue le traitement aux piqûres de benzoate (0 gr.005) et on fait ingérer une dose quotidienne de 50 centigrammes d'iodure de potassium.

Quinze jours après ce traitement les lésions sont bien améliorées ; la petite malade quitte l'hôpital, non guérie.

Elle revient six mois plus tard. L'ozène qui avait disparu est maintenant très intense. Pas de traitement durant ces six mois.

Le Dr Bloch constate à l'examen rhinoscopique la disparition de la cloison. Il y aurait intérêt à intervenir pour enlever les séquestres qui entretiennent la fétidité.

Avant cette intervention il y a lieu de faire une nouvelle série de piqûres de benzoate (0 gr. 01).

Au bout de la première série de 15 piqûres, l'ozène a disparu et les lésions sont profondément améliorées.

On reprend une seconde série peu après ; il n'y a plus d'écoulement. On propose une intervention restauratrice qui n'est pas acceptée.

OBSERVATION XI

(D'après Chaboux.)

Hérédo-syphilis. — Destruction de la cloison et de la sous cloison. — Perforation de la voûte palatine

Jeune homme âgé de dix-sept ans. Jusqu'à quinze ans il s'est toujours bien porté et n'a jamais présenté aucune mani-

festation pathologique. Aucun antécédent héréditaire connu. Il est atteint depuis deux ans d'une affection des fosses nasales. Cette affection est caractérisée par une ulcération qui a détruit complètement la cloison et la sous-cloison, ainsi que l'extrémité du lobule du nez. Les deux ouvertures des narines n'en forment plus qu'une seule. En outre, il existe une perforation de la voûte palatine (datant d'un an et demi) avec engorgement consécutif des ganglions sous-maxillaires. La cause de cette tuméfaction doit évidemment se rattacher aux lésions naso-pharyngiennes.

Six mois plus tard, le malade éprouvant de la douleur pendant les mouvements de déglutition, examine sa gorge et constate la présence d'ulcération au niveau de l'isthme du gosier. Le travail de destruction s'est accru peu à peu : les piliers, les bords du voile du palais, la luette sont profondément ulcérés. Les plaies ont un aspect grisâtre, leurs bords sont taillés à pic, elles reposent sur des tissus épaissis, indurés.

L'affection du nez a commencé par de petites tubercules isolés qui se sont ulcérés plus tard et ont fini par se réunir.

Traitement ioduré.

Trois mois après le nez était complètement cicatrisé. Les ulcérations des piliers et des amygdales sont en voie de guérison. Exéat.

OBSERVATION XII

(D'après Chaboux. Communiquée par M. Horand.)

Hérédo-syphilis. — Ozène. — Effondrement du nez

Eugènie G..., vingt-deux ans, régulièrement menstruée. Jamais d'adénites, ni d'ostéites suppurées ; mais en revanche

la malade s'est presque toujours vue avec des affections des yeux.

Pas d'antécédents connus de syphilis. Renseignements peu précis sur les parents et principalement sur le père.

C'est à douze ans que cette malade s'est aperçue, pour la première fois des accidents qui ont déterminé plus tard son entrée à l'Antiquaille. Le nez devenu douloureux à sa racine s'est tuméfié. Cinq ans après, la voûte osseuse s'affaisse et le nez de droit et long qu'il était, devient aplati, camard ; à cela vient s'ajouter de l'ozène et une extinction de voix, laquelle dure huit mois.

La malade est traitée durant deux mois par l'iodure de potassium et sort sur sa demande améliorée, mais incomplètement guérie.

Abandonnée à elle-même, l'affection fait de nouveaux progrès qui obligent la malade à entrer de nouveau à l'hôpital.

Le nez est effondré ; lobule et narines très mobiles, ozène, excrétion purulente assez abondante. Légère raucité de la voix. Destruction complète de la luette. Kératite diffuse double ; injection des vaisseaux conjonctivaux.

Le traitement ioduré amène une amélioration considérable. L'ozène a en grande partie diminué, la suppuration est tarie.

La malade sort alors sur sa demande incomplètement guérie.

CONCLUSIONS

1° Très fréquente autrefois la *syphilis mutilante et térébrante du nez* est relativement rare, depuis la diffusion du traitement antisyphilitique ;

2° Elle se produit le plus souvent, comme conséquence :

a) Du tertiarisme acquis ;

b) De l'hérédo-syphilis tardive ;

3° Elle est le résultat d'un véritable phagédénisme térébrant et possède les caractères symptomatologiques de celui-ci. Il conserve un « air de famille » et des signes particuliers qui permettent son diagnostic avec le chancre, le lupus et le cancroïde ;

4° Quand les désordres qu'elle amène sont peu marqués on observe les mutilations des formes extérieures du nez, si bien connues depuis la description restée classique de Fournier ;

5° Quand les désordres sont très marqués on observe des mutilations qui intéressent quelquefois l'organe total, et créent une infirmité épouvantable pour les pauvres parias qui en sont atteints ;

6° La mutilation n'est pas toujours limitée au nez, l'extension de la lésion est fréquente ; les propaga-

tions sinusiennes et cérébrales sont souvent mortelles. On peut observer également des complications pulmonaires.

7° Le pronostic est grave : *a*) par les lésions locales (délabrements, cicatrices) ; *b*) par la disposition particulière du sujet traduisant la malignité de la syphilis ; *c*) par la situation morale et sociale des individus atteints ;

8° Le traitement n'est malheureusement pas préventif (professeur Gaucher) ; pouvant être curatif il consiste, outre la médication externe et le régime hygiénique, dans le traitement antisyphilitique : iodure et mercure, administré avec une énergie proportionnelle à l'intensité du danger qui menace (Castex).

Vu : le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bard. — Syphilis des fosses nasales. Destruction exclusive et totale de la cloison cartilagineuse (Annales de Dermatologie, 1907, p. 19).

Blair. — Lésions syphilitiques du nez (Albany med. Annals, septembre 1889).

Baratoux. — In revue mensuelle du Dr Moure, 1883.

Bernoud. — De la syphilis tertiaire des fosses nasales. Thèse de Lyon, 1898.

Botey. — Syphilis tertiaire du nez (Archives intern. de Laryng., 1891).

Balade. — Ulcérations destructives du nez (Journ. méd. Bordeaux, 1891).

Baumgarten. — Gumma der Nase und des Nasenrachenraumes (Wien. med. Wehnschr. 1889).

Bazenerye. — Étude clinique sur la syphilis nasale acquise. Thèse de Paris, avril 1894.

Castex. — Ozène syphilitique (France médicale, 1891).

Cozzolino. — Leçons sur la syphilis tertiaire naso-pharyngo-palatine et sur les lésions blennorragiques du nez. Florence, 1892.

Chaboux. — De certaines lésions de la région naso-pharyngienne que l'on doit rattacher à la syphilis. Thèse de Paris, 1875.

Dionisio. — Syphilis du nez. Tuméfaction simple de la membrane muqueuse sans ozène (Gaz. méd. Turin, 1896).

Dieulafoy. — Leçons professées à la Faculté de médecine, 1893 (Manuel de Pathologie interne).

Dupont. — Thèse de Bordeaux, 1887.

Delpech. — Clinique médicale. Montpellier, 1818.

Finger. — Revue des Sciences médicales, 1883.

Fournier (A.). — Leçons sur la syphilis tertiaire (Rédigé par le Dr Ed. Fournier).

FRAENKEL. — Virchow's Archiv., 1879.

GRUNWALD. — Syphilis du nez (Münch. med. Woch., 1889).

GERBER. — Die syphilis der Nase und des Halses. Kœnigsberg, 1895.

— Formes cliniques de la syphilis héréditaire des voies supérieures. Kœnigsberg, 1894.

GAREL. — Diagnostic et traitement des maladies du nez, 1898.

GAUCHER. — Précis de syphiligraphie.

— Hérédo-syphilis tertiaire du nez, de l'oreille et de l'œil (Progrès médical, 2 décembre 1911).

— (Avec Monnier et Vinard). — Syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses des narines. Société de Dermatologie, avril 1907.

GOUGUENHEIM. — Les Perforations de la cloison (Semaine médicale, 1893).

— (Avec E. Rochard). — Séquestres énormes de la fosse nasale gauche. Syphilis antérieure. Extraction des séquestres. Guérison (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1896).

GUICHARD. — Chancre du nez. Synéchie de la cloison et du cornet inférieur et obstruction du canal nasal consécutive (Ann. de Dermat., 1908, p. 180).

HALLOPEAU et JEANSELME. — Contribution à l'étude des suppurations associées aux syphilomes tertiaires des fosses nasales (Congrès de Rome, 1894 et Annales de Dermat., 1894).

HORAND. — Annales de Dermatologie, juillet 1885.

JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes.

KUHN. — Tumeurs syphilitiques du nez (Berlin, Klin. Woch., 1895).

MACKENZIE-NOLAND. — Maladies du nez (Journal of Laryngol., avril 1889).

MAURIAC. — Cours de 1875 à l'hôpital du Midi (Gazette médicale, 1876).

— De la syphilose pharyngo-nasale. Paris, 1787.

MENDEL. — Syphilis héréditaire des fosses nasales. Soc. fr. de Dermatologie, 1893.

— Rhinite syphilitique (tertiaire). Rétention d'un volumineux séquestre pendant quatre ans et demi (Bulletin de la Soc. laryng. Paris, 1894.)

Michelson. — Ueber Nasensyphilis (Volkmanns Samm. Klin. Vort., n° 32).

Moldenhauer. — Traité des maladies des fosses nasales.

Moure. — Gomme syphilitique de la face interne de l'aile du nez (Revue de Laryngologie, 1888).

— Maladies des fosses nasales.

Olivier. — Syphilis tertiaire du nez et des fosses nasales (Thèse de Bordeaux, 1888.)

Pierce. — Syphilis du nez (New-York med. j., 1895).

Rasori. — Gazette degli ospitali, n° 93, 1885.

Ricord. — Traité complet des maladies vénériennes.

Ripault. — Hérédo-syphilis infantile. Manifestations pharyngo-nasales et laryngées Thèse de Paris, 1895.

Scheinmann. — Syphilis du nez (Berlin. Klin. Woch., 1894).

Schuster et Sœnger. — Contribution à l'étude pathologique et thérapeutique de la syphilis nasale (Revue des Sciences médicales, 1893).

Spencer Watson. — Medical Times and Gazette, 16 avril 1881.

Storer. — Ozène syphilitique (Brit. Laryng. assoc., 1894).

Tissier. — Syphilis du nez (Revue générale dans la Gazette des hôpitaux, 1896).

Treitel. — Syphilis nasale ; destruction de la cloison et des cornets inférieurs, polype du cornet moyen, séquestre dans le sinus frontal (Berlin, Klin. Wochens., 1891, p. 315).

Vacher. — Contribution à l'étude de la syphilis nasale. Soc. fr. d'otologie-laryng. et rhinol., 1898.

Vallentin. — Occlusion naso-pharyngienne complète et syphilis maligne (Annales de Dermatologie, 1910, p. 208).

Weber. — On Syphilitic coryza (Med. chir. trans., vol. XIII).

Winckler. — Carie syphilitique de l'ethmoïde (Berlin. Klin. Woch., 1893).

Zuckerkand. — Anatomie der Nasenhœle (Wien, 1891, p. 19).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7

CHAPITRE PREMIER. — Historique 11

CHAPITRE II. — Aperçu général de la syphilis des fosses nasales 13

CHAPITRE III. — Étiologie. — Pathogénie générale. — Évolution d'apparition de la syphilis mutilante et térébrante du nez 17

CHAPITRE IV. — Le Phagédénisme térébrant est constitué. Symptomatologie et diagnostic 25

CHAPITRE V. — Première conséquence. Phagédénisme mutilant 33

CHAPITRE. VI. — Conséquences ultérieures. — Guérison. — Complications. — Terminaisons. — Pronostic de la syphilis mutilante et térébrante du nez 37

CHAPITRE VII. — Traitement 39

CHAPITRE VIII. — Observations 41

Groupe I. — Phagédénisme tertiaire 41

Groupe II. — Hérédo-syphilis tardive 61

CONCLUSIONS 67

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 69

Imp. de la Faculté de Méd. JOUVE ET C^ie^, 15, rue Racine, Paris. 1422-12